

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mai 1896, à 1 heure

PAR

Le Docteur Constant DESBORDES

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

HERNIES ADHÉRENTES

DE

L'S ILIAQUE

ADHÉRENCES PAR GLISSEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

MM. POTAIN, professeur.

Juges :

RICARD, GAUCHER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

284

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

284

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 Mai 1896, à 1 heure

PAR

Le Docteur Constant DESBORDES

Ancien externe des hôpitaux de Paris

DES

HERNIES ADHÉRENTES

DE

L'S ILIAQUE

ADHÉRENCES PAR GLISSEMENT

Président . M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. POTAIN, professeur.
RICARD, GAUCHER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....}	DIEULAF OY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....}	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies	FOURNIER.
de l'encéphale.....	RAYMOND.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TILLAUD.
Clinique des maladies du système nerveux.....	BERGER.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....}	LE DENTU.
	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique ophthalmologique.....	TARNIER.
Clinique d'accouchement.....}	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MES PREMIERS MAÎTRES
de l'école de Poitiers

À MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à l'Ecole de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'hôpital de la Charité
Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Dans le vaste champ de la clinique, il n'y a plus guère qu'à glaner, aussi n'avons nous pas la prétention de présenter des faits bien nouveaux. Mais, dans chaque cas il n'est telle particularité qui ne soit digne d'intérêt et pour les hernies, l'étude de leurs adhérences a déjà fait l'objet de nombreuses recherches.

Comme notre titre l'indique, nous nous en tiendrons aux adhérences de l'S iliaque, et même aux adhérences par glissement. Ces dernières, en effet, forment une variété intéressante tant au point de vue anatomique qu'au point de vue opératoire ; aussi y avons-nous consacré cette monographie.



Anatomie

Nous dirons quelques mots de l'anatomie de l'S iliaque; cette étude nous éclairera sur la pathogénie des adhérences par glissement de ses hernies.

De tout le gros intestin, l'S iliaque est la partie la plus mobile et ce, grâce à son mésocolon qui offre quelquefois assez de longueur pour lui permettre de remonter jusqu'à l'ombilic et même de se prolonger à droite près du cœcum. Telle est la description d'après Sappey. Cette étude fut reprise par Trèves, Tuffier, Jonnesco. Pour ces auteurs, l'S iliaque n'existerait pas, tout au moins au point de vue anamique pur.

Dans la fosse iliaque gauche, on trouverait un segment intestinal rectiligne, fixe, le colon iliaque. Longue de 6 à 12 centimètres, cette anse serait immobile et adhérerait le plus souvent à la paroi iliaque par une partie de sa circonférence ($\frac{1}{3}$ ou $\frac{1}{4}$) ; quelquefois elle est libre et relativement mobile, rattachée à la paroi par un méso plus ou moins long.

A ce colon iliaque succéderait le colon pelvien formé en partie par l'S iliaque des classiques. Très mobile grâce à un long mésentère, il siège presque entièrement dans la cavité pelvienne ; mais il remonte souvent dans la fosse iliaque par suite de sa distension exagérée, ou bien il y est repoussé par les organes pelviens distendus (vessie, rectum). On peut donc déjà prévoir que dans les hernies adhérentes par glissement, on aura affaire non pas à l'S iliaque

proprement dite, son enveloppe péritonéale complète s'y opposant ; mais bien à cette portion d'intestin qui la précède, portion non entourée de péritoine à sa face postérieure, c'est-à-dire à la partie inférieure du colon descendant : aussi, pour être plus exact, devrait-on désigner ces hernies sous le nom de hernies du colon descendant.



Anatomie pathologique.

Les hernies de l'S iliaque ne sont pas très fréquentes, Velpeau n'en aurait observé que deux cas dans sa longue pratique ; mais on a beaucoup exagéré, car parmi les hernies du gros intestin, elles arrivent en tête de liste. On en a signalé quelques-unes au niveau de l'anneau crural ; on a trouvé parfois l'S iliaque dans les hernies inguinales du côté droit, la longueur exagérée de son méso nous explique cette situation ; mais dans la grande majorité des cas, on est en présence de hernies inguinales gauches, c'est du reste toujours dans ces hernies que l'on a signalé les adhérences par glissement.

L'importance attachée à la présence des adhésions réunissant les parties herniées a été très variable suivant les époques.

Tandis qu'au XVIII^e siècle et au commencement du XIX^e les auteurs les décrivent longuement, à partir de 1840, il n'en est fait que rarement mention. Il faut arriver à la thèse remarquable de Boivin (1887) pour en trouver une étude complète.

Nous signalerons également vers la même époque, un travail sur cette question publié dans la France Médicale par M. Hartmann, alors prosecteur.

Si on recherche dans les vieux auteurs, on voit que I.-L. Petit, Arnaud, Richter, s'occupent un peu de la question, mais c'est dans le Traité pratique des Hernies de Scarpa qu'on en trouve une étude assez détaillée.

Le premier, il fit cette distinction très importante entre les adhérences d'origine inflammatoire, « dans lesquelles l'adhésion intime est assez semblable à la cicatrice d'une plaie simple, car il y a communication des vaisseaux, les parties réunies jouissant d'une vie commune, et les adhérences constituées par glissement du péritoine qui fixe naturellement le gros intestin dans la fosse iliaque. Il y a alors une disposition spéciale presque constante qui a été la source d'erreurs dans bien des cas. »

Scarpa distingue trois variétés d'adhérences :

1° L'adhérence gélatineuse.

2° L'adhérence charnue qu'il divise en non naturelle et en naturelle laquelle n'est autre que l'adhérence par glissement.

Cruveilhier, dans son *Traité d'Anatomie Pathologique*, distingue quatre modes d'adhérences dans les hernies :

1° Les adhésions pseudo-membraneuses ou couenneuses.

2° Les adhésions cellulèuses ou fibreuses.

3° Les adhésions filamenteuses.

4° Les adhésions tuberculeuses.

Il passe complètement sous silence l'adhérence par glissement du péritoine.

Gosselin, dans ses *Leçons* fait seulement deux classes d'adhérences : les adhérences molles récentes, et les adhérences anciennes et résistantes. Il rappelle l'adhérence charnue naturelle de Scarpa, qui, d'après lui, serait toujours assez longue pour laisser réduire l'intestin.

Nicaise, dans sa thèse, consacre un chapitre spécial

aux adhérences de l'intestin dans les hernies, mais il néglige complètement l'adhérence naturelle de Scarpa.

Dans sa thèse inaugurale, Boiffin divise d'après leur origine, les adhérences herniaires en deux grandes classes :

1° Adhérences par inflammation.

2° Adhérences par glissement.

Ainsi, comme on peut bien s'en apercevoir par ce rapide coup d'œil, les adhérence par glissement mises en lumière dans l'ouvrage de Scarpa, furent bientôt oubliées par les auteurs qui suivirent. Bien moins fréquentes que les adhérences inflammatoires, elles n'en sont pas moins réelles et n'existent que dans les hernies du gros intestin. Elles ont été signalées par plusieurs chirurgiens au cours d'opérations de cure radicale ; dans les observations que nous publions, le glissement du mésocolon iliaque est clairement indiqué. Dans le Traité de Chirurgie, M. Berger donne une figure reproduisant très exactement cette disposition.

Comment se forment donc ces adhérences ?

Pour Scarpa, l'adhérence charnue naturelle est formée par les mêmes liens qui fixaient l'intestin dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec lui dans le scrotum.

« Il se fait une sorte de glissement grâce à la laxité du tissu cellulaire sous péritonéal.

La séreuse qui tapisse la fosse iliaque descend et s'engage dans le trajet herniaire ; il se fait en même temps au niveau de la région abdominale postérieure, une elongation, une distension du péritoine qui ne se déplace pas dans la hauteur du flanc correspondant.

Aussi la partie inférieure du gros intestin sort revêtue de son péritoine, tandis que la partie située au-dessus, le colon descendant, peut laisser son enveloppe séreuse fixée à la paroi abdominale et se présenter dépouillé en partie ou en totalité de sa tunique péritonéale. »

Dans le traité de Chirurgie, M. Berger explique comme il suit la formation de ces adhérences. « Certaines hernies en augmentant de volume, attirent peu à peu le péritoine adjacent à l'orifice herniaire et aux dépens duquel se fait l'accroissement du sac. Il arrive, de la sorte, que les points du péritoine qui correspondent à l'insertion du méso-colon iliaque sont peu à peu entraînés dans la hernie et, avec eux, ces replis péritonéaux eux-mêmes, enfin les viscères auxquels ils donnent attache. Ainsi l'insertion de l'S iliaque, parfois même du colon descendant finit par se faire plus ou moins bas sur les parois du sac herniaire. »

Scarpa distinguait trois degrés dans la hernie du cœcum et du colon droit ; (ce qu'il dit du colon droit peut s'appliquer au colon gauche, la disposition anatomique étant tout à fait identique.)

Dans un 1^{er} degré, l'intestin est très facile à réduire, la hernie ne renfermant que l'S iliaque ou portion libre.

Dans un 2^e degré, l'S iliaque est contenu dans le sac herniaire avec la fin du colon. L'intestin est attaché à la partie externe du collet du sac par les mêmes replis péritonéaux qui le fixent dans le flanc gauche ; d'où impossibilité de le réduire complètement.

A un degré plus avancé, ces mêmes replis péritonéaux font partie du sac ; l'S iliaque, libre, peut rentrer, mais

tout le reste du gros intestin adhère si intimement aux parois du sac qu'il est impossible de le réduire.

L'anatomie nous a démontré que l'S iliaque ou anse oméga est complètement entourée de péritoine, mais elle se continue avec une portion fixée à la paroi par un méso qui diminue de plus en plus jusqu'à ce qu'on arrive à une portion du gros intestin dépourvue de péritoine à sa face postérieure. Ce qui existe à l'état normal dans la cavité abdominale, persiste dans la hernie.

Lorsque l'anse privée de péritoine à sa face postérieure fera hernie, sa couche musculaire se mettra directement en rapport avec les parois constitutives du sac sans interposition de séreuse ; on aura l'adhérence par glissement. Ainsi dans ces adhérences, ce n'est pas l'S iliaque qui adhère, mais bien, suivant les cas, le colon iliaque ou l'extrémité du colon descendant.

Etat du sac. — Recherchons maintenant les dispositions spéciales que présente le sac dans ces hernies.

Quelquefois, on a affaire à une hernie de l'S iliaque ; dans ce cas, rien de particulier : la hernie si elle n'a subi aucune poussée inflammatoire rentre facilement. Elle possède comme celle de l'intestin grêle un sac péritonéal complet, et les hernies de l'S iliaque avec sac incomplet ne doivent être acceptées qu'avec une certaine réserve : il s'agit plutôt dans ces cas du colon descendant. Trèves sur 100 examens anatomiques, ne mentionne jamais cette position.

Mais parfois, derrière l'S iliaque, a glissé une portion plus ou moins longue du colon descendant. Là encore, on peut avoir un sac complet avec réductibilité parfaite de la

masse intestinale. Ceci peut paraître singulier au premier abord.

Pour certains auteurs, l'existence d'un sac complet dans ces cas, serait due à une distension du péritoine. L'intestin déprimerait et distendrait le péritoine qui l'enveloppe, le pousserait devant lui en s'en coiffant de plus en plus : puis, arrivé au niveau de l'orifice herniaire, s'y engagerait en s'entourant d'un sac complet.

Pour d'autres auteurs, ce sac complet serait dû à une disposition anormale des ligaments péritonéaux formant au colon descendant un long méso. Cette portion du gros intestin de même que l'S iliaque et l'intestin grêle, serait entourée complètement de péritoine.

Mais dans les observations que nous rapportons, on se trouvait en présence de hernies incomplètement réductibles. A la partie portéro-supérieure (observation personnelle), le revêtement péritonéal faisait défaut, le sac, en un mot, était incomplet.

L'existence de ces sacs incomplets dans les hernies du colon iliaque, a été signalé par Scarpa.

Le colon descendant, dit M. Berger, lorsqu'il est contenu dans une hernie, présente parfois avec le péritoine et le sac des rapports spéciaux. A l'ouverture de la hernie, l'intestin dépourvu de revêtement péritonéal, se présente sous les enveloppes externes sans que pour l'atteindre, on soit obligé de traverser une cavité séreuse. Ce n'est qu'en arrière du gros intestin que le péritoine forme un sac plus ou moins complet.

Contrairement à l'avis de M. Berger, nous croyons que le plus souvent la cavité séreuse se trouve étalée à la

partie antéro-interne de la tumeur herniaire, et c'est en arrière et en dehors qu'on trouverait la portion dépourvue de péritoine (observations personnelles).

C'est ce que nous remarquons aussi dans l'observation rapportée par Malgaigne. « Le sac n'existait qu'en avant, l'intestin était véritablement en dehors de lui et l'avait entraîné comme le testicule entraîne la tunique vaginale. L'S iliaque en dehors du sac, était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entraîné dans le scrotum. » Nous pensons, comme nous l'avons déjà dit, qu'il faut lire colon iliaque plutôt qu'S iliaque, mais la démarcation entre ces deux portions est tellement artificielle que l'erreur peut facilement se glisser.

Parfois, à première vue, le sac semble complet, et, c'est par un examen attentif que l'on peut trouver l'absence de péritoine à la partie postéro-supérieure, comme dans le cas rapporté par Lacroix (Obs. X) « Il existait à la partie supérieure des adhérences suffisantes pour s'opposer à la réduction, tant que le sac conservait ses connexions normales avec le scrotum. Ces adhérences n'avaient nullement le caractère inflammatoire et après avoir séparé le sac des autres enveloppes, on refoulait tout dans l'abdomen ».

On peut donc, avec M. Hartmann, résumer la question en appliquant à l'S iliaque ce qu'il dit du cœcum. « Que grâce à la laxité du *fascia propria*, le péritoine glisse dans un trajet herniaire, l'on aura suivant la portion du gros intestin qui aura glissé :

1° Sac complet sans adhérence (S iliaque) ;

2° Sac complet avec adhérence de plus en plus courte (S iliaque et fin du colon descendant);

3° Sac en partie incomplet (S iliaque et colon descendant).

Nous admettons que les hernies du gros intestin ont toujours un sac, que souvent elles adhèrent au sac, que quelquefois elles font même partie de la paroi du sac suivant que c'est telle ou telle portion de l'intestin qui glisse ».

Mais dans sa descente, l'intestin peut subir un mouvement de torsion sur son axe ; la partie dépourvue de péritoine se trouve antérieure et on est en présence d'un sac incomplet, mais postérieur, où peuvent venir s'engager des anses d'intestin grêle. Scarpa cite un fait de ce genre où « disséquant une hernie volumineuse, il trouva les viscères tellement contournés sur leur axe, que leur union avec la paroi était devenue antérieure, de sorte que pour découvrir le sac herniaire, il fallut faire une nouvelle incision à la face interne de la tumeur. »

Aussi ne devra-t-on inciser qu'avec beaucoup de prudence afin de ne pas blesser l'intestin.

Ces adhérences par glissement présentent une importance particulière, car elles renferment les vaisseaux qui se portent normalement aux viscères herniés.

Que deviennent ces vaisseaux et nerfs qui, à l'état normal, sont contenus entre les deux feuillets des mèsocolons.

Disséquant une hernie, M. Berger put constater que les vaisseaux cœliques, au niveau du trajet inguinal, cheminaient un certain temps isolés au milieu du tissu cellulaire assez lâche, et rampaient ainsi au-dessous du sac

jusqu'à un niveau assez bas avant d'atteindre le méso qui les conduisait dans les parois de l'intestin.

Aussi, la dissection de ces hernies offre souvent une grande difficulté, car il faut éviter à tout prix les vaisseaux, par crainte de l'hémorrhagie et du sphacèle consécutif des parois.

Il nous reste encore à signaler un petit point d'anatomie pathologique. Souvent, à l'ouverture de ces hernies de l'S iliaque, on est frappé par l'hypertrophie des franges épiploïques qui sont très souvent la cause de l'irréductibilité. M. Broca en a signalé un cas à la Société anatomique en 1882 ; M. Hartmann étudie ces faits dans son travail de la *France Médicale*. En 1888, à la Société de chirurgie, à la suite de l'observation de M. Peyrot, la plupart des chirurgiens en ont rapporté des cas identiques. Dans notre observation II, on voit que ces franges épiploïques, bien que n'étant pas la cause unique de l'irréductibilité, nuisaient beaucoup à la rentrée de l'intestin.



Etiologie

Le chapitre de l'étiologie ne nous arrêtera pas longtemps ; rien de spécial à signaler.

La longueur du méso, la grande mobilité de l'S iliaque, sont les causes de la fréquence des hernies de l'S iliaque comparées à celles des autres portions du gros intestin.

On a voulu invoquer également le poids des matières fécales qui peuvent s'accumuler dans le gros intestin. Cette cause est signalée par Scarpa.



Symptômes et Diagnostic

L'S iliaque habite rarement seul un sac herniaire ; la plupart du temps on trouve à la fois et de l'intestin grêle et de l'épiploon. Aussi, les symptômes relevant de la présence de l'S iliaque sont-ils très difficiles à mettre en évidence.

On a voulu chercher certains caractères dûs à la présence de cette partie du gros intestin. Scarpa avait signalé l'existence de « coliques d'irritation coïncidant avec le gonflement de la hernie ou son affaissement, de sensations de pesanteur et de tiraillement dans le scrotum peu avant la défécation. »

En palpant le flanc et la fosse iliaque gauche, on noterait parfois l'absence du gros intestin.

On a signalé parfois des alternatives de diarrhée et de constipation.

Ce sont tous là, des signes de peu de valeur, et le plus souvent il sera impossible de poser un diagnostic ferme.

Néanmoins, il est certains signes physiques qui peuvent éveiller l'attention.

On est en présence le plus souvent d'une hernie inguinale gauche volumineuse, dont le début a été lent, progressif et qui facilement réductible à son apparition est devenu peu à peu irréductible. La tumeur est irrégulière, bosselée et par une palpation attentive on peut sentir quelques indurations. Mais il est très difficile de distinguer

ces franges épiploïques de masses formées par l'épiploon modifié par de la péritonite chronique.

Certains auteurs, cependant, disent avoir pu par le palper reconnaître à travers les téguments la forme du gros intestin. Quoique sonores, ces hernies donnent souvent à la main une sensation pâteuse due aux matières qu'elles renferment. Ainsi, dans deux cas de cure radicale, M. Berger d'après ce signe, avait cru à la présence d'épiplocèles, alors que c'était une hernie de l'S iliaque adhérente au sac par son méso.

Dans un cas, on aurait noté un varicocèle à gauche.

Ce sont là, nous ne craignons pas de le dire, des faits exceptionnels, et c'est souvent l'ouverture du sac, « du livre de la vérité » suivant l'expression de J.-L. Petit, qui révélera la présence de l'S iliaque.

Toutefois on peut arriver à un diagnostic au moins probable par certains moyens d'exploration.

Si on injecte de l'eau et du gaz par le rectum, on peut voir se produire du côté de la hernie des changements de volume, de consistance ; on peut entendre un véritable gargouillement. C'est ainsi que M. Périer dans un cas de fistule stercorale consécutive à une hernie inguinale gauche étranglée, injecta du liquide par le rectum. Il vit immédiatement sourdre quelques gouttes par la fistule, d'où il conclut avec juste raison que l'anse étranglée appartenait bien à l'S iliaque.

Ce moyen facile peut rendre de réels services dans les hernies simples aussi bien que dans les hernies étranglées.

Mais peut-on chercher à résoudre un autre problème ?

Il sera facile de se rendre compte de la réductibilité ou de l'irréductibilité de la hernie.

Interrogez le malade et vous saurez bientôt que la plus grande partie de l'intestin rentre facilement, mais qu'il reste toujours quelque chose dans le sac.

Si faisant coucher le malade, vous lui faites un léger taxis, le plus souvent, vous verrez la tumeur se réduire en partie avec le gargouillement caractéristique ; mais dans le fond du sac, il restera une anse intestinale, quelquefois même une masse plus compacte si à l'adhérence par glissement se sont ajoutées des adhérences inflammatoires. Quelquefois, on pourra réduire complètement, mais on s'apercevra à une sensation de vacuité spéciale que le sac est remonté avec les anses herniées ; il s'est retourné en doigt de gant.

Peut-on, en présence de cette hernie, savoir à quelle variété d'adhérences l'on a affaire ?

Là encore, il faudra se contenter de probabilités, et même dans la plupart des cas, il sera plus sage de rester dans le doute.

Si la hernie a été irréductible dès son apparition, on devra songer à une adhérence par glissement ; mais le chirurgien assistera rarement à ce début et cette irréductibilité primitive est excessivement rare. La pathogénie nous a appris que l'adhérence par glissement se produisait exceptionnellement au début. En général, dans une première période, l'S iliaque est seule engagée, et la hernie est réductible.

Mais progressivement, par suite d'une mauvaise contention ou d'efforts continuels, la hernie file sous le bandage

augmente de volume ; l'S iliaque attire le colon descendant et avec lui son méso. L'adhérence charnue naturelle est formée.

Le malade, souvent, n'aura pas ressenti de poussée inflammatoire ; il n'aura pas éprouvé la moindre douleur, **mais** de là à conclure à l'absence d'adhérence par péritonite localisée, il y a loin. On sait combien la formation de ces adhérences péritonéales peut être latente. Dans tous les cas. dès qu'on soupçonnera l'adhérence par glissement, on devra inciser les enveloppes de la hernie avec beaucoup de précautions et songer qu'on peut avoir un sac latéral incomplet. Une fois le sac ouvert, on devra rechercher les adhérences près du collet, quelquefois très haut, et se rendre compte de leur extensibilité.



Complications

Si le chapitre des symptômes ne nous a offert que peu d'intérêt, l'étude des complications mérite de nous arrêter ; c'est en les passant en revue que nous serons bien convaincus de l'utilité d'une intervention précoce. La thèse de M. Boiffin sera pour nous un très bon guide.

Ce n'est pas en tant que hernies du gros intestin que ces dernières sont intéressantes, mais bien en tant que hernies adhérentes. Si tous les hernieux de cette catégorie ne sont pas atteints par l'occlusion intestinale, ils sont en proie très souvent à une série de malaises qui en font de véritables infirmes. Tout d'abord, le port du bandage leur est parfois interdit : loin de calmer leurs inquiétudes, cet appareil ne fait souvent que les exaspérer en comprimant continuellement l'anse adhérente. Aussi, mal contenue, la hernie s'accroît continuellement, acquérant parfois un volume énorme qui peut gêner la marche. Au moindre effort, ce sont des tiraillements, des douleurs, des coliques plus ou moins vives qui forcent parfois le malade à cesser toute occupation et l'obligent même à s'aliter (observation personnelle I).

Quelquefois, les troubles digestifs sont plus accentués ; on peut noter de la constipation, des nausées, des vomissements même ; la hernie se tend légèrement. Ces divers troubles qui peuvent être le prélude d'accidents beaucoup plus graves, se calment parfois très rapidement : les vomis-

sements cessent, le cours des matières se rétablit et la hernie revient à son volume primitif. Mais à chaque incident, l'état de la hernie se complique ; il s'est fait là un étranglement passager qui a pu provoquer un peu de péritonite herniaire, et à l'adhérence par glissement viendront s'adjoindre des adhérences dues aux franges épiploïques.

Quelquefois, au milieu d'une santé à peu près parfaite, le patient est pris subitement d'une douleur vive au niveau de sa hernie qui se tend et augmente de volume. Puis surviennent rapidement des nausées, des vomissements avec un arrêt complet des matières et des gaz ; et au bout de 24 à 36 heures, le faciès est grippé, les yeux excavés expriment la souffrance, le ventre se ballonne. En un mot, c'est le tableau de l'étranglement herniaire qui réclame une intervention rapide.

Mais cette forme aiguë survient surtout dans les hernies petites ; quand la tumeur a acquis un gros volume, le pédicule est large et épais, l'orifice herniaire distendu ne peut guère venir étrangler les anses intestinales.

Mais ces hernies anciennes, volumineuses, irréductibles, sont particulièrement exposées à une variété d'étranglement qui évoluera lentement d'une façon subaiguë ou chronique. (obs. pers.)

Les malades jusqu'ici n'auront souvent éprouvé que quelques malaises, un peu de gêne dans la marche par suite du poids de leur tumeur, ou bien ils auront déjà été en proie à ces accidents légers que nous avons décrits : crampes, coliques, alternatives de constipations et de diarrhées.

Peu à peu les troubles digestifs augmentent, les garde-robes deviennent rares, la hernie en partie réductible,

devient tout-à-fait irréductible ; elle se tend. C'est en vain que le malade essaie de la réduire en la malaxant ; ces manœuvres de taxis ne font le plus souvent qu'augmenter les douleurs.

La palpation est souvent peu douloureuse même au niveau du collet, et si l'on dirige le doigt vers le pédicule, on trouve souvent un anneau large n'exerçant aucune constriction. A la percussion on a des bandes sonores au milieu de zones mates dues à la présence d'épiplon. Quant aux symptômes fonctionnels, ils sont très irréguliers dans leur évolution. Longtemps, le malade n'a que des nausées ; les vomissements, rares, peu abondants, sont alimentaires puis bilieux et ce n'est souvent qu'après une dizaine de jours qu'ils deviennent fécaloïdes. La constipation d'abord opiniâtre peut céder à un premier purgatif ; quelquefois même on note une légère diarrhée, il y a encore émission des gaz.

L'état général jusqu'ici, a été assez bon ; mais le tableau va changer. La hernie se tend de plus en plus, devient douloureuse, les coliques s'irradient dans l'abdomen, il y a constipation absolue, quelquefois même suppression complète des gaz ; les vomissements deviennent plus fréquents. Le malade s'affaiblit de jour en jour et au bout de 12 à 15 jours la température s'abaisse, et le pouls devient petit, filiforme et le malade s'éteint sans réaction,

Parfois sur un début chronique on voit se greffer les phénomènes aigus de l'étranglement.

C'est pour expliquer cet étranglement chronique que les anciens auteurs faisaient intervenir l'engouement c'est-à-dire l'accumulation de matières dans l'intestin. Et dans

le traité de chirurgie, M. Berger écrit : « Il paraît que dans certains cas de hernies du gros intestin et même dans ceux où une très grande quantité d'intestin grêle est contenue dans la hernie, l'accumulation des matières dans l'intestin hernié peut en amener la distension et produire l'irréductibilité sans qu'il y ait d'étranglement. » Dans un fait observé par cet auteur, l'irréductibilité était le seul phénomène anormal que présentât le malade et il avait admis qu'il s'agissait d'une épiplocèle enflammée, quand en pratiquant l'opération de la cure radicale, il découvrit que l'irréductibilité en question était due à l'accumulation d'une grande quantité de matières pâteuses dans l'S iliaque.

Goyrand rapporte un cas de hernie irréductible chez un enfant de huit mois. En opérant, le chirurgien trouva la hernie formée par le colon iliaque sain, mais bourré de fèces ; il attribue tous les troubles à cette accumulation de matières.

Nous avons relaté ces faits, car dans notre observation n° VII, une fois le sac ouvert, on tomba sur une S iliaque fortement distendue par des matières qui gênaient en partie la réduction et qu'on dut faire filer peu à peu en les malaxant.

Dans notre cas, comme dans la grande majorité, les troubles n'étaient pas dus à l'engouement seul, mais bien à l'étranglement peu serré et à la poussée de péritonite. Du reste, comme cause primitive des accidents, l'engouement n'existe pas ; il vient compliquer la situation. Aussi a-t-il été justement repoussé par Malgaigne et Gosselin.

Battue en brèche, la théorie de l'engouement fut remplacée par celle de la péritonite herniaire.

Pour Malgaigne, dans ces grosses hernies irréductibles, les phénomènes aigus devaient être mis sur le compte d'une poussée inflammatoire. Mais Gosselin fit bientôt justice de ces idées.

A ce second point de vue, notre observation VII est encore intéressante. En plus de l'engouement, il existait de la péritonite ; on dut réséquer un paquet d'épiploon congestionné et vascularisé ; mais pour nous, tous ces accidents étaient secondaires. Il s'était fait un étranglement au niveau du collet par suite de l'irruption d'une nouvelle quantité d'intestin. Les microbes se développant bientôt comme en « vase clos », avait produit la poussée inflammatoire et l'obstacle mécanique était suffisant pour expliquer la stase stercorale.

On peut donc conclure avec M. Berger, que l'inflammation des hernies intestinales, en dehors des cas où elle est une des conséquences de l'étranglement, ne mérite pas d'occuper une place à part dans les descriptions classiques.

Mais par suite de leurs adhérences, ces hernies de l'S iliaque plus que toutes les autres, sont exposées à une série d'accidents qui ont pour terme final l'occlusion. Il est admis, en effet, depuis longtemps, que l'occlusion intestinale peut reconnaître pour cause une adhérence d'une anse avec les parties voisines. Dans son mémoire sur les étranglements internes de l'intestin, M. Besnier s'exprime ainsi : « Lorsqu'une portion d'intestin a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est partiellement frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la circulation des matières. Si à ces conditions défavorables viennent se joindre des inflexions

plus ou moins prononcées et plus ou moins multipliées de la portion d'intestin adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir considérable, complet, et amener la mort par là même. »

Depuis il est paru une série de travaux sur la question. Dans sa thèse, M. Nicaise a insisté à plusieurs reprises sur le rôle des adhérences intestinales dans la production des phénomènes d'occlusion ; elles agiraient en déterminant à la fois un coude brusque, une sorte d'éperon valvulaire ; les deux bouts de l'anse sont adossés en canons de fusil : il y a arrêt des mouvements et du péristaltisme de l'intestin.

M. Hallé dans son travail paru dans la Revue de Chirurgie en 1887 cite une observation très probante où l'occlusion était due à une adhérence d'une anse d'intestin grêle au niveau du détroit supérieur.

Ce qui est vrai pour la grande cavité abdominale, l'est également pour les hernies, et l'on peut dire que dans ces grosses hernies, très souvent les phénomènes d'étranglement ne reconnaissent d'autre cause que l'adhérence, l'orifice herniaire ne jouant le plus souvent aucun rôle.

En 1871, Trélat rapportait à la Société de Chirurgie deux observations très démonstratives : il avait été obligé d'intervenir par suite de phénomènes d'étranglement. Mais une fois le sac ouvert, il pût se rendre compte qu'il n'y avait pas étranglement véritable, « l'intestin ne présentait pas trace de cette dépression circulaire qui se trouve au niveau du point étranglé par le collet ou par un anneau fibreux. Les accidents avaient été produits par les adhérences qui bridait l'intestin et gênaient le cours des matières. »

Signalons encore rapidement parmi les causes qui peuvent provoquer l'occlusion dans ces hernies adhérentes : la présence de corps étrangers, les rétrécissements néoplasiques. En 1882, à la Société Anatomique, M. Chauffard présentait un cancer développé sur une portion d'S iliaque herniée et adhérente.



Pronostic

Comme on le voit par ce rapide exposé, le pronostic dans les hernies adhérentes doit toujours être réservé.

Impossible à maintenir par un bon bandage, elles ont une tendance naturelle à augmenter continuellement de volume et la vie du patient est en quelque sorte intolérable, A côté de ces petits accidents le hernieux est sans cesse exposé aux nombreuses complications que nous avons énumérées, et l'étranglement avec ses funestes conséquences, le guette dans tous ses actes, C'est donc là une infirmité que le chirurgien doit chercher à faire disparaître.



Traitement

Depuis l'avènement de l'ère antiseptique, depuis le perfectionnement des procédés chirurgicaux, on n'attend plus les complications pour opérer les hernies. On a vu avec juste raison que les conditions étaient bien meilleures dans les périodes de calme complet. Aussi, la grande majorité des chirurgiens, pour ne pas dire tous, recourent-ils à la cure radicale.

Très souvent pratiquée au Moyen-Age et jusqu'au XVII^e siècle, la cure opératoire des hernies était tombée dans le discrédit par suite des excès qu'elle avait provoqués, mais les découvertes contemporaines en ont fait une des plus sûres conquêtes de la chirurgie. Les travaux de MM. Segond, Lucas-Championnière ont fait faire un grand pas à la question.

Dans ses cliniques, Trélat disait : « Toute hernie qui n'est pas constamment, facilement et complètement réductible est justiciable de la cure radicale ou plutôt chirurgicale, car elles arrivent presque toutes à être des hernies adhérentes qui ont fait et qui font parfois le désespoir des chirurgiens. » Et tout dernièrement encore, dans une récente clinique, M. le professeur Duplay s'exprimait en ces termes. « Les hernies irréductibles constituent les cas où l'indication d'opérer est la plus urgente qu'il s'agisse d'une épiplocèle simple ou d'une hydroépiplocèle irréductible par adhérences ou pour toute autre cause, qu'il s'agisse d'une

entéro-cèle ou d'une entéro-épiplocèle irréductibles par adhérences, ou de ces cas mixtes d'entéro-épiplocèle dans lesquels l'intestin seul est réductible, il y a pour le malade un danger constant d'étranglement. Cette irréductibilité crée donc une indication absolue, car, indépendamment des accidents d'étranglements qui menacent à tout instant les individus atteints d'une hernie irréductible, celle-ci provoque une série de troubles plus ou moins sérieux du côté du tube digestif, ainsi que des phénomènes douloureux qui empêchent tout travail pénible, tout effort. »

Que dire de l'emploi du bandage ? Malgré les nombreux progrès de l'orthopédie, cet appareil remplira difficilement toutes les conditions. Tout d'abord la hernie est adhérente, la pelote bien que concave viendra continuellement presser sur l'anse herniée et provoquera parfois des douleurs assez vives ; aussi les hernieux de cette catégorie abandonneront-ils d'eux-mêmes leur bandage.

Bien tolérée, par contre, la pelote quelle que soit sa forme, quelle que soit la force du ressort, sera souvent impuissante, au moindre effort, la hernie file au-dessous ; peu à peu l'on voit son volume augmenter et la hernie adhérente grave va se constituer.

Dans certains cas, on peut avoir encore recours à de vieux procédés : repos au lit, régime débilitant, purgation, compression.

Mais une fois la réduction obtenue, le patient sera condamné à un bandage de force. Dans ses cliniques, Trélat rapporte une observation intéressante à ce sujet. Un gentilhomme campagnard était atteint d'une hernie congénitale irréductible. La réduction obtenue par la méthode classique,

le malade retourna dans sa province muni d'un bon bandage. Bientôt il se maria et abandonna son appareil ; quelques années après, il revint consulter Trélat avec une hernie de nouveau irréductible et contre laquelle les moyens ordinaires échouèrent. Grand chasseur, grand veneur, grand écuyer, il voulait à tout prix être débarrassé d'une infirmité qui lui rendait impossible son existence habituelle. La cure radicale fut entreprise ; elle conduisit dans une hernie où existaient à la fois des adhérences inflammatoires et des adhérences naturelles, opération des plus laborieuses dont la mort fut le résultat.

Voilà les accidents où conduiront toutes ces vieilles hernies, accidents faciles à éviter si on a soin de recourir sans hésiter à la cure opératoire de la hernie, surtout si l'on a affaire à un homme jeune et vigoureux.

Dans la cure radicale de la hernie, l'un des temps les plus importants est la dissection du sac. Cette dissection doit être poussée le plus haut possible, et pour certains auteurs, c'est après avoir vu la graisse sous-péritonéale affleurer l'orifice herniaire, que l'on doit poser la ligature sur le pédicule.

Dans nos hernies adhérentes, cette dissection est souvent très difficile, parfois même impossible ; aussi ne devratt-on guère espérer une cure vraiment radicale. Mais, même dans ces conditions, c'est encore faire de bonne chirurgie et rendre service à l'opéré. On aura transformé en réductible une hernie irréductible ; le bandage pourra désormais être bien toléré ; la hernie, bien maintenue, ne s'accroîtra plus continuellement et le patient sera à l'abri des nombreux accidents petits et grands que nous avons signalés.

On peut donc considérer comme une règle générale, en dehors d'une contr'indication, d'opérer toute hernie irréductible.

Dans la grande majorité des cas, une fois le sac ouvert, on pourra réduire l'anse adhérente ; la difficulté plus ou moins grande de la dissection dépendra de la longueur du colon iliaque ayant glissé dans la hernie. Cette dissection est parfois très longue, et c'est après avoir débridé largement les téguments et le sac, après s'être servi de ses doigts et des ciseaux que l'on arrive à un résultat complet. Ces difficultés sont bien mises en lumière dans les deux observations de cure radicale opérées par M. Terrier (Obs. V et VI).

Mais malgré tout effort, la réduction peut être impossible. Dans le traité de Scarpa on lit l'observation d'un malade opéré par J. L. Petit : il s'agissait d'une hernie du colon lombaire gauché. « Après l'ouverture du sac et les débridements convenables, il ne fut pas possible de faire rentrer l'intestin et on fut obligé de le laisser dehors. » On appliqua des compresses émollientes ; l'intestin remonta de jour en jour vers l'anneau et rentra peu à peu dans le ventre, sauf le fond de l'anse intestinale qui resta à l'orifice externe et se couvrit de bourgeons charnus. Le malade guérit, mais dut porter un bandage avec pelote concave.

Dans un cas d'étranglement, M. Berger (Obs. VIII) trouva l'S iliaque retenue au fond du sac par l'insertion du mésocolon iliaque ; devant l'impossibilité complète de réduire, l'habile chirurgien fit un anus contre nature.

Si pareille difficulté se présentait dans des cas de cure radicale, quelle conduite devrait-on tenir ?

Si l'opérateur est rompu à la chirurgie intestinale, si les conditions de santé excellentes du malade l'y autorisent, nous croyons qu'il devrait réséquer l'anse adhérente et réunir les deux extrémités par l'entérorrhaphie circulaire en employant ou non le bouton de Murphy.

Cette conduite suivie par M. Julliard, de Genève, lui donna deux beaux résultats qu'il a communiqués au dernier Congrès de chirurgie de Paris.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de 56 ans auquel il fit la résection de 47 centimètres d'intestin, suivie d'entérorrhaphie circulaire à deux étages. Le malade guérit admirablement et peut se dispenser du port de son bandage.

Le deuxième cas a trait à un homme de 62 ans atteint depuis 2 ans d'une hernie inguinale gauche pour laquelle il porta un bandage pendant quelque temps, mais qui devint bientôt partiellement irréductible à la suite de crises douloureuses assez accentuées. Là encore, M. Julliard fit la résection du testicule et de l'intestin qui était adhérent, et le malade guérit.

Malgré ces beaux résultats, ce sont des interventions très périlleuses et qui seront tout à fait exceptionnelles.

Si le chirurgien n'est appelé que lors des phénomènes d'étranglement, la temporisation ne devra pas être de longue durée. Bien que les complications ne semblent pas très graves, on ne devra pas trop s'attarder aux purgatifs, aux applications de vessies de glace, de cataplasmes aux bains prolongés au taxis. En agissant ainsi, on perdrait souvent un temps précieux et c'est sur un malade exténué, que l'on recourrait à l'opération sanglante, mais alors sans grande chance de succès. Donc, dans ces hernies adhé-

rentes, dès que les complications surviennent, on doit recourir à l'intervention le plus tôt possible.

Manuel opératoire. — Passons maintenant en revue les diverses particularités que présente l'opération de ces hernies adhérentes, en nous plaçant surtout au point de vue de la cure radicale. L'avant-veille, le hernieux sera purgé ; la veille de l'opération, on lui fera prendre un grand bain savonneux ; les régions inguino-scrotale et pubienne, rasées avec soin, on appliquera un pansement humide antiseptique. Le matin de l'opération, de très bonne heure, on administrera un grand lavement. Bien entendu, le cœur et les poumons auront été auscultés avec soin, on aura procédé également à l'examen des urines.

Une fois le malade endormi, la zone opératoire sera brossée au savon et désinfectée avec soin.

Placé à gauche, le chirurgien incisera les divers plans, couche par couche ; l'incision en un seul temps est plus rapide, semble plus brillante, mais elle expose à léser l'intestin dans le cas de sac anormal, accident qui arriva au professeur Richet. Une fois l'orifice inguinal externe bien dégagé, on va à la recherche du sac, en incisant avec soin vers la partie antéro-interne de la tumeur, car dans les cas de sac incomplet, en se portant un peu trop sur la face latérale externe, on courrait le risque de ne pas rencontrer le revêtement séreux et de léser les tuniques de l'intestin.

Pour ouvrir le sac, on devra procéder avec prudence ; on pincera parallèlement à la hernie, une mince portion de sa surface et on incisera à petits coups, en dédolant. Après avoir traversé le sac fibreux, on abordera le sac séreux de la même façon.

Une fois le sac ouvert, il restera à traiter l'anse herniée. Il sera facile de reconnaître l'S iliaque à ses bandes et à ses franges épiploïques. Il faudra donc vérifier de suite s'il y a des adhérences charnues, en recherchant en arrière, près du collet, quelquefois très haut. Quelquefois, l'adhérence sera insignifiante et n'existera qu'au niveau du collet ; avec les doigts, on aura rapidement libéré l'anse intestinale et on traitera alors le sac comme dans toute hernie, en complétant la restauration des parois postérieure et antérieure du canal inguinal, suivant le procédé Bassini.

Mais, dans d'autres cas, le méso est court et tendu, l'intestin entre en rapport directement avec le tissu cellulaire de la région postérieure de la hernie. On pourra chercher à obtenir la réduction complète, mais cela au prix d'une dissection difficile. On décollera l'intestin avec les doigts, la sonde cannelée, ou même en s'aidant des ciseaux ; mais avec l'intestin, il faudra bien avoir soin de soulever ses vaisseaux, qui cheminent dans le tissu cellulaire. Il ne faudra pas trop s'acharner à cette dissection, car on peut ainsi couper des branches vasculaires, d'où une hémorrhagie assez ennuyeuse à arrêter et gangrène consécutive de l'anse ; de plus, un coup de ciseau peut atteindre les parois de l'intestin.

Aussi, en pareil cas, quand on aura atteint les limites de ce qu'on peut isoler de la séreuse, il faudra réduire avec l'S iliaque la partie du sac à laquelle elle s'attache. On circonscrit le gros intestin par une incision, suivant son contour sur la séreuse du sac, on ferme alors le péritoine

par une suture en surjet, et on rentre l'intestin ; le reste du sac sera réséqué.

Pour obvier aux inconvénients de cette cure opératoire, il sera bon de fixer les deux chefs du fil en surjet à la paroi abdominale. suivant le procédé de Barker.

Enfin, ce n'est que dans les cas très rares où, par ce procédé, on ne réussirait pas à faire rentrer l'anse intestinale, qu'on aurait le droit de recourir à la résection.

Rien de spécial à signaler au point de vue opératoire, lorsque la hernie est atteinte d'étranglement.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle)

Hernie inguinale gauche irréductible. — Cure radicale.

Le 21 Octobre 1895 entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Périer, un employé de commerce âgé de 32 ans. Il vient réclamer de lui-même l'opération pour une hernie inguinale gauche qui remonte à l'enfance.

Dès sa plus tendre jeunesse, il avait une petite pointe de hernie insignifiante, il ne ressentait alors aucun malaise ; la hernie facilement réductible était bien maintenue par un bandage.

Il négligea de porter constamment son bandage et la hernie augmenta progressivement. A 20 ans il fut réformé, et à partir de cette époque, la tumeur devint plus volumineuse et commença à lui occasionner quelques coliques. Fait important : le bandage qui jusque là avait été facilement porté devint intolérable. La compression qu'il exerçait était douloureuse ; lorsqu'il cherchait à réduire sa hernie, tout ne rentrait plus comme auparavant ; elle était donc devenue irréductible. Mal contenue au moindre effort, la hernie filait sous le bandage, et son volume allait croissant, si bien que vers l'âge de 28 ans, de bubonocèle elle se transforma en oschéocèle.

Jusqu'ici le malade n'avait éprouvé que quelques malaises ; bientôt survinrent une série de petits accidents tels que

crampes, coliques, nausées. Depuis quelque temps même, les douleurs étaient devenues beaucoup plus vives, les coliques cessant d'être localisées s'irradiaient à tout l'abdomen, à tel point que deux à trois fois par semaine le hernieux était obligé de s'aliter.

Après une journée de repos, tout se calmait, mais c'était un calme de peu de durée ; aussi, affirmait-il qu'il lui était impossible de vivre avec cette infirmité.

Examen. — C'est un homme vigoureux, ne présentant aucune tare ni héréditaire, ni personnelle.

Sa hernie atteint environ le volume du poing.

Sonore à la percussion par endroit, on trouve en certains points des zones mates.

Facilement réductible, elle rentre avec le gargouillement caractéristique, mais on sent qu'il reste dans le sac une petite masse adhérente, on ne sentait pas la corde épiploïque. On ne recourut pas à l'injection de liquide et de gaz par l'anus. On fit alors le diagnostic d'entéro-épiploécèle adhérente, sans émettre l'hypothèse de la présence de l'S iliaque.

L'opération est décidée pour le 30 Octobre.

L'avant-veille, le malade est baigné et purgé.

Le matin de l'opération, de très bonne heure, le malade est rasé, on lui administre un lavement qu'il rend aussitôt.

Opération. — Après avoir savonné à la brosse le champ opératoire, on le rend antiseptique, en y passant successivement : permanganate, bisulfate sublimé.

Le malade est endormi au chloroforme.

Incision de divers plans.

On arrive sur le sac, qu'on ouvre

Le contenu se compose d'intestin grêle que l'on rentre facilement.

Une masse d'épiploon nullement adhérente est réséquée après ligature.

Il ne reste plus qu'une portion du gros intestin

reconnaissable facilement à ses bandes et ses franges épileptoïques.

La plus grande partie se réduit, mais tout en haut, à la partie supérieure près du collet, l'anse est intimement adhérente, le péritoine fait défaut ; on a une adhérence par glissement et déplissement du méso.

On cherche à libérer cette anse ; la dissection avec les doigts et la sonde cannelée est des plus pénibles ; on parvient néanmoins assez haut dans l'anneau. L'anse libre rentre assez facilement. Il n'y eut qu'une perte de sang minime.

Ligature posée sur le sac, aussi haut que possible.

On fait une suture des piliers antérieurs.

Pansement salolé, que l'on fixe avec du collodion.

10 Novembre. — On retire les fils, réunion parfaite.

25 Novembre. — Malade quittait l'hôpital.

OBSERVATION II

*Hernie inguinale gauche. — Phénomènes légers
d'étranglement*

Dufresne Joseph.

Homme de 75 ans, artiste lyrique, entré le 8 novembre 1895 à Lariboisière, salle n° 2, dans le service de M. Périer, pour une hernie inguinale gauche volumineuse et douloureuse.

Ce vieillard était atteint de hernie depuis 25 ans environ. Simple bubonocèle au début, elle était facilement maintenue par un bandage, et n'occasionnait aucune douleur.

Mais peu à peu, son volume s'accrut, et le malade

Desbordes

s'aperçut qu'elle ne rentrait pas complètement. au moindre effort, elle filait sous le bandage.

Depuis 7 ou 8 ans, elle était descendue dans les bourses.

Néanmoins, sauf de rares exceptions, le hernieux n'éprouvait ni crampes ni coliques.

Depuis 4 ou 5 mois, des petits accidents survinrent, coïncidant avec une augmentation de la tumeur.

Le 4 novembre 1895, à la suite d'un effort, il vit aussitôt sa hernie grossir, se tendre et devenir douloureuse.

Il ressentit quelques nausées.

Se couchant aussitôt, il chercha à faire rentrer l'intestin en le malaxant, mais ce fut inutile.

Un médecin appelé, lui fit subir une séance de taxis assez prolongée, mais sans succès. Les garde-robes se supprimèrent, mais les gaz passent encore.

Pas de vomissements.

Il reste alité pendant 4 jours chez lui, prend un purgatif sans résultat.

Ne trouvant aucune amélioration, il se résout à rentrer à l'hôpital.

Le 8 novembre, il se présente à la consultation et est aussitôt admis salle Chassaignac.

Examen. — La hernie est grosse environ comme une tête de fœtus.

La tumeur, légèrement tendue, est peu douloureuse, même au niveau du collet. Si on dirige le doigt vers l'anneau inguinal, il est impossible d'y pénétrer ; le pédicule herniaire volumineux le remplit complètement. A la percussion, on trouve une sonorité très nette sauf en certains points qui semblent occupés par l'épiploon.

On ne cherche pas à réduire la hernie.

Le malade n'accuse pas de nausées.

La langue est bonne, le pouls régulier, bien frappé.

La toux normale. Les gaz passent, mais depuis 4 jours, il n'a pas eu de garde-robes.

Malgré son âge avancé, le malade présente un état général assez bon.

Peu de choses à noter sur les divers organes, sauf un peu de congestion à la base des poumons.

Traitement. — Le malade est alité. On lui applique un sac de glace sur sa hernie. Lait comme nourriture.

Le 9 Novembre. — Rien de spécial à noter. L'état local n'a pas changé. La santé générale se maintient toujours bonne. Les gaz continuent à passer, mais il n'a pas de garde-ropes, malgré l'administration d'un lavement purgatif.

Le 10 Novembre. — Le malade accuse des nausées. Pas de vomissements. Les gaz qui jusqu'ici avaient passé, sont arrêtés. Absence complète de garde-ropes. La hernie n'est pas plus tendue ni plus douloureuse que lors de son entrée. Mais en présence de cet arrêt complet des matités et des gaz, M. Périer propose l'intervention qui est aussitôt acceptée par le malade.

Opération. — Chloroforme. Antiseptie soignée de la zone opératoire. Incision des parties superficielles.

A l'ouverture du sac, il s'écoule un peu de liquide brun, noirâtre.

Le contenu se compose d'épiploon, d'intestin grêle et d'une anse du gros intestin (S iliaque). L'anneau assez large serre modérément le pédicule, on l'ouvre un peu d'un coup de bistouri, pour faciliter la réduction.

L'épiploon est rouge, congestionné, très vasculaire, mais ne présente aucune adhérence avec les parties voisines. On le résèque.

L'intestin grêle, absolument sain, rentre facilement.

Reste l'anse iliaque. Elle est distendue par des matités fécales qu'on fait filer en les malaxant.

Mais malgré cela, la réduction ne s'opère pas, et en examinant avec soin, on voit qu'on a affaire, là encore, à un glissement du mesocolon.

Il existe une adhérence par glissement, sur une longueur d'environ 3 centimètres.

On cherche à séparer cette anse, mais la présence de gros vaisseaux force à agir avec beaucoup de prudence.

Devant l'impossibilité de disséquer complètement ces adhérences, M. Périer resèque la portion du sac qui a été séparée des parties environnantes, puis se contente de refermer le péritoine autour du gros intestin, pour une suture en surjet.

Le tout est réduit sur l'abdomen.

L'orifice herniaire large, recevait environ trois doigts. On suture les piliers antérieurs pour refaire la paroi antérieure du canal.

Les suites de l'opération furent assez bonnes. On purge le malade 2 ou 3 jours après. Mais délire, urine dès son pansement. Néanmoins, pas de température.

20 Novembre. — On enlève les fils. Plaie en assez bon état. Néanmoins, orifices des fils un peu rouges.

22 Novembre. — Phlegmon de la paroi. On sépare à la sonde cannelée les deux lèvres de la plaie.

OBSERVATION III

Hernies inguinales irréductibles. Cure radicale, (Cerné. Normandie Médicale, 1889. Obs. résumée).

Homme atteint d'une hernie inguinale double et énorme. On opère le côté gauche : on arrive sur de l'intestin grêle sans adhérence apparente, mais vers la fin, la réduction semble arrêtée par un obstacle située près du collet et en arrière. A ce niveau on voit une anse du gros intestin fixée par un méso barrant la route. Réduction opérée avec les doigts.

OBSERVATION IV

*Hernie inguinale gauche de l'S iliaque. Cure radicale.
(Thèse de Blaise, 1894).*

Il s'agit d'un malade opéré déjà par M. Berger d'une hernie inguinale droite. Actuellement on constate une hernie inguinale gauche datant de un an et ne descendant pas au-delà de la naissance des bourses.

Opération le 16 février 1893.

On trouve le tendon du grand oblique faible. Dans le sac on constate une frange épiploïque qui mène sur l'S iliaque ; celle-ci est engagée dans le canal et fait suite à la paroi postérieure du sac ; une partie du viscère se trouve dépourvue de péritoine. Dans ces conditions, il est impossible de poursuivre la dissection du sac de ce côté et de constituer un pédicule ; on se contente de fermer le péritoine autour du gros intestin par une suture en surjet dont les chefs sont fixés, d'après la manœuvre de Barker, à la paroi abdominale. La hernie était directe. La paroi postérieure faisant défaut, on la reconstitue par cinq points de suture.

OBSERVATION V

Hernie inguinale volumineuse avec adhérence. Cure radicale. (Thèse de Boiffin. Obs. LXX résumée).

Le nommé Fauvet (Victor), âgé de 56 ans, entre le 27 juin 1886 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. Terrier ; il est porteur d'une hernie inguino-scrotale gauche très volumineuse.

Hernie date de 4 ans, avait alors le volume d'un petit œuf ; peu à peu augmenta de volume et aujourd'hui forme tumeur de la grosseur de la tête d'un enfant. Jamais le malade n'a porté de bandage ; la hernie ne causait d'ailleurs au début qu'une gêne très modérée de la marche et de plus, jusqu'il y a trois mois encore, elle se réduisait avec facilité dès que le malade était couché.

A cette date, elle devint douloureuse, des coliques assez intenses se produisirent ; depuis lors, la hernie fut irréductible et aujourd'hui encore elle est sonore dans toute son étendue, mais sa réduction est impossible. Il reste, malgré toutes les tentatives du taxis, une portion d'anse intestinale adhérente au sac, du volume d'une orange environ. De plus, on sent avec une grande netteté, une espèce de cordon épais, avec une série de nodosités qui font penser aux appendices épiploïques du gros intestin.

Pendant 20 jours, on tint le malade au lit, en lui administrant un purgatif tous les 2 jours ; mais la hernie conserve son volume et reste absolument irréductible.

Le 24 juillet, M. Terrier fait la cure radicale.

On arrive sur une paroi blanchâtre qui n'est autre que le sac herniaire très épaissi ; après incision, on constate que la hernie est formée par la majeure partie de l'S iliaque, caractérisée par ses appendices graisseux et ses bandes longitudinales ; l'anse herniée a une longueur de 15 à 20 centimètres.

M. Terrier essaye alors la réduction, mais elle est impossible, du moins en totalité ; il reste, en effet, solidement adhérente au sac, une portion d'anse intestinale d'une longueur de 8 à 10 centimètres ; ces adhérences sont larges, résistantes, il y a une véritable soudure entre le méso-colon et le sac.

L'incision du sac ayant été prolongée en haut et en bas, M. Terrier détruit avec les ciseaux et les doigts, les adhérences qui maintiennent l'intestin irréductible. Cette

dissection assez laborieuse, doit être poussée très haut, jusque dans l'anneau inguinal, et de nombreux vaisseaux doivent être pincés ; l'intestin ainsi libéré, peut être enfin réduit.

La dissection du sac commence alors, elle est pratiquée sans grandes difficultés avec les doigts et les ciseaux ; bientôt la presque totalité du sac est réséquée ; il ne reste plus que la partie supérieure dans l'anneau ; mais il n'y a pas là un véritable collet du sac, il n'y a qu'un lambeau antérieur adhérent à l'orifice ; aussi ne fait-on pas comme à l'ordinaire, la suture du collet du sac, mais la suture de l'anneau avec du gros catgut.

En bas et en arrière, il reste aussi un lambeau du sac adhérent aux éléments du cordon, il est laissé en place.

Guérison.

Le 10 octobre, le malade rentra dans le service, pour avoir un bandage. Le malade étant couché, on constate que pendant la toux, il persiste au niveau de l'anneau, une légère impulsion. Lorsque le malade est debout, on constate l'existence d'une pointe de hernie du volume d'une noix ; il n'existe plus ni douleurs pendant la marche, ni troubles digestifs ; l'état général est excellent.

OBSERVATION VI

*Hernie inguinale ancienne. Adhérences. Cure radicale.
(Thèse de Boiffin. Obs. LXXI résumée).*

Le nommé Ménage (Isidore), âgé de 44 ans, maçon, entre le 27 mai 1884 dans le service de M. Terrier, hôpital Bichat. A 30 ans le malade constata une petite saillie dans les efforts, au niveau de l'anneau inguinal gauche ; il porte un bandage pendant un an, puis en abandonne totalement l'usage.

La hernie s'est accrue lentement, elle a mis dix ans pour arriver au fond des bourses ; depuis 3 ans, elle est presque constamment dans le scrotum ; elle est le siège de coliques très fréquentes ; quand le malade se livre à des travaux très pénibles les douleurs augmentent d'intensité et s'accompagnent de nausées, plusieurs fois le malade a dû garder le lit et faire appeler un médecin pour réduire la hernie : peu à peu, le malade abandonnait le bandage et la hernie redescendait dans les bourses. Depuis un an, les douleurs sont continues et assez vives pour rendre tout travail impossible ; de plus, la tumeur est devenue complètement irréductible.

Deux essais de réduction sans anesthésie, faits l'un par M. Richet à l'Hôtel-Dieu, l'autre à l'hôpital Cochin sont restés infructueux. La consistance de la tumeur est ferme et uniforme, partout le doigt à la sensation de lobules graisseux qui font penser à l'épiploon. La tumeur est mate dans toute son étendue. La tension est trop grande pour qu'un doigt puisse être introduit dans l'anneau inguinal.

Dès son entrée, le malade est soumis au traitement suivant : un bain tous les 2 jours ; les jours où le malade ne prend pas de bain, il est purgé avec de l'eau de Sedlitz ; alimentation très légère.

Ce traitement est continué pendant 2 mois et sous son influence, la tension de la tumeur a un peu diminué, mais l'irréductibilité est toujours aussi absolue.

Opération le 31 juillet 1884, après chloroformisation.

On arrive sur une coque épaissie qui, incisée dans l'étendue de 1 centimètre, donne accès dans la cavité du sac herniaire. Au-dessous on aperçoit une masse grasseuse jaunâtre, prise au premier abord pour l'épiploon, mais la lobulation et l'isolement possible de petits lobes de cette graisse, montre qu'on a affaire à des appendices épiploïques. De plus au niveau de leur insertion, on reconnaît les bandes longitudinales du gros intestin. Ces appendices

longs de 4 à 5 centimètres, quelques uns renflés en massue comme des marrons, sont formés d'une graisse jaunâtre assez résistante.

A la partie inférieure de la tumeur et en dedans, en suivant un paquet de veines turgescence, on arrive sur une tumeur arrondie, consistante qui est le testicule, offrant à sa partie supérieure des adhérences intimes avec des appendices graisseux et la coque fibreuse du sac herniaire. La séparation faite avec des ciseaux et le bistouri est difficile. On constate nettement que toute la tumeur herniaire est constitué par une anse du gros intestin longue de 20 à 25 centimètres, l'S iliaque intimement adhérente à la coque fibreuse qui n'est autre que le sac herniaire fort épaissi.

Alors, soit avec le doigt, soit avec des ciseaux, on isole une notable partie de l'anse intestinale, mais on ne peut réduire la portion d'intestin ainsi libérée. Il faut continuer l'isolement jusqu'au fond des bourses au point où existaient déjà des adhérences avec le testicule. Dès lors, l'anse herniée semble libérée dans toute son étendue, toutefois, en avant et en haut, on remarque une véritable cloison analogue au mésentère, et qui d'ailleurs n'était autre que lui, aussi en partie adhérent au sac herniaire induré. Ce mésentère paraît être la cause de la non-réduction de l'anse intestinale, aussi est-il sectionné longitudinalement de façon à rendre plus mobile encore la longue anse de l'S iliaque herniée.

Des essais de réduction sont encore tentés, mais en vain ce qui s'explique par la fusion intime des parois de l'intestin et du collet du sac.

Il faut encore débrider en haut dans une étendue d'environ 5 centimètres ; puis on dissèque avec le doigt et les ciseaux, les deux bouts de l'anse adhérent absolument au collet du sac et sont confondus en quelque sorte avec lui. C'est alors qu'en commençant par le bout situé en arrière, on put enfin, peu à peu et facilement, réduire toute l'anse

herniée dans la cavité de l'abdomen. Le sac herniaire, fort épaissi au niveau du canal inguinal, fut séparé des parties voisines, excisé et obturé.

Guérison.

OBSERVATION VII (personnelle)

Hernie inguinale gauche, avec phénomènes légers d'étranglement

Joseph Duf..., artiste lyrique, âgé de 75 ans, entre le 8 novembre 1895 dans le service de M. Périer, à l'hôpital de Lariboisière pour une hernie inguinale gauche volumineuse et douloureuse.

Ce vieillard est atteint de sa hernie depuis 25 ans environ. Simple bubonocèle au début, elle était facilement maintenue par un bandage et n'occasionnait aucune douleur. Mais peu à peu son volume s'accrut et le malade s'aperçut qu'elle ne rentrait pas complètement ; au moindre effort, elle filait sous le bandage. Depuis 7 ou 8 ans, elle était descendue dans les bourses. Néanmoins, sauf de rares exceptions, le hernieux n'éprouvait ni crampes, ni coliques.

Depuis 4 ou 5 mois, ces petits accidents survinrent, coïncidant avec une augmentation de volume de la tumeur. Le 4 novembre 1895, à la suite d'un effort, il vit sa hernie grossir subitement, se tendre et devenir douloureuse ; peu après, il ressentit quelques nausées. Se couchant aussitôt, il chercha à faire rentrer l'intestin en le malaxant, mais ce fut inutile. Un médecin appelé, lui fit subir une séance de taxis assez prolongée, mais sans succès. Les garde-robes se supprimèrent, mais les gaz passent encore ; pas de vomissements. Il reste alité pendant 4 jours et prend un purgatif sans résultat.

Ne trouvant aucune amélioration, il se décide à entrer à l'hôpital et le 8 novembre il est admis salle Chassaignac, à Lariboisière.

La hernie est grosse comme une tête de fœtus environ. La tumeur légèrement tendue, est peu douloureuse même au niveau du collet. Si on dirige le doigt vers l'anneau inguinal, il est impossible d'y pénétrer le pédicule herniaire volumineux le remplit complètement.

A la percussion, on trouve une sonorité très nette, sauf en certains points qui semblent occupés par l'épiploon. On ne cherche pas à réduire la hernie.

Le malade n'accuse pas de nausées ; la langue est bonne, le pouls régulier, bien frappé ; la température est normale. Les gaz passent, mais depuis 4 jours il n'a pas eu de garde-robres.

Malgré son âge avancé, le malade présente un état général assez bon. Peu de choses à noter dans les divers organes, sauf un peu de congestion à la base des poumons.

Comme traitement, on alite le malade, on lui applique un sac de glace sur sa hernie et on lui donne du lait comme nourriture.

Le 9 novembre, rien de spécial à noter. L'état local n'a pas changé ; la santé générale se maintient toujours bonne. Les gaz continuent à passer, mais il n'a pas de garde-robres, malgré l'administration d'un lavement purgatif.

Le 10 novembre, le malade accuse des nausées ; pas de vomissements. Les gaz, qui jusqu'ici avaient passé, sont arrêtés ; absence complète de garde-robres.

La hernie n'est pas plus tendue ni plus douloureuse que lors de l'entrée du malade. Mais en présence de cet arrêt complet des matières et des gaz, M. Périer lui propose l'intervention qui est immédiatement acceptée.

Le malade est anesthésié au chloroforme et on fait une antisepsie soignée de la zone opératoire.

Après l'incision des parties superficielles, on arrive

sur le sac qu'on ouvre et dont il s'écoule un peu de liquide brun noirâtre.

Le contenu se compose d'épiploon, d'intestin grêle et d'une anse du gros intestin (S iliaque).

L'anneau assez large serré modérément le pédicule, on l'ouvre un peu d'un coup de bistouri pour faciliter la réduction.

L'épiploon est rouge, congestionné, très vascularisé, mais ne présente aucune adhérence avec les parties voisines; il est réséqué.

L'intestin grêle, absolument sain, rentre facilement.

Reste l'S iliaque : elle est distendue par des matières fécales qu'on fait filer en les malaxant. Mais malgré cela, la réduction ne s'effectue pas et en examinant avec soin, on voit qu'on a affaire à un glissement du mésocolon.

Il existe une adhérence par glissement sur une longueur d'environ 3 centimètres. On cherche à séparer cette anse, mais la présence de gros vaisseaux force à agir avec beaucoup de prudence.

Devant l'impossibilité de disséquer complètement ces adhérences, M. Perier resèque la portion du sac qui a été séparée des parties environnantes, puis se contente de refermer le péritoine autour du gros intestin par une suture en surjet. Le tout est réduit dans l'abdomen.

L'orifice herniaire large, recevait environ trois doigts, on suture les piliers antérieurs pour refaire la paroi antérieure du canal.

On purge le malade trois jours après ; mais il présente du délire et urine dans son pansement ; cependant la température ne s'élève pas.

Le 20 novembre on enlève les fils, la plaie est en assez bon état, néanmoins l'orifice des fils est un peu rouge.

Le 22, phlegmon de la paroi, on sépare à la sonde cannelée les deux lèvres de la plaie ; il s'écoule une certaine quantité de pus ; pansement humide.

Au bout d'une huitaine de jours un fil s'élimine et la plaie marche rapidement vers la cicatrisation.

Le malade est complètement rétabli au bout de six semaines.

OBSERVATION VIII

Etranglement à marche lente dans une hernie de l'S iliaque du colon retenue au fond d'un sac inguinal par l'insertion du mésocolon iliaque. — Opération. — Anus contre nature (Thèse de Boivin. Obs. II résumée).

Jean-François Mich..., journalier, âgé de 78 ans, entre le 21 juillet 1884 à la salle Després, infirmerie de Bicêtre, souffrant depuis plusieurs jours d'accident d'étranglement à marche lente. Il est porteur d'une hernie inguinale gauche datant de 30 ans et n'ayant jamais donné lieu à aucune espèce de complication.

Pendant longtemps, la hernie a été contenue avec soin par un bandage, mais depuis un temps relativement restreint, la contention n'a été que très imparfaite et la réduction ne se faisait plus en totalité.

22 Juillet. — Il y a 8 jours, la réduction même partielle n'a pu se faire ; deux jours plus tard, la hernie devenait le siège d'une légère douleur spontanée ; l'appétit se perd, la langue devient sèche, les selles se suppriment complètement. Emission douteuse de gaz par l'anús. Apyrexie complète.

On constate aujourd'hui une volumineuse tumeur scrotale gauche, grosse à peu près comme les deux poings, pédiculée au niveau de l'anneau inguinal et irréductible à un léger essai de taxis.

Cette tumeur, sans changement de coloration à la peau

est indolente à la pression, souple, et très peu tendue. Elle donne une sonorité très nette à la percussion, sauf à la partie postéro-inférieure, où il y a une légère matité. Le pédicule correspond à l'anneau inguinal qui est large et semble médiocrement serré sur l'intestin. Absence de douleur et de tension au niveau du pédicule comme sur le reste de la tumeur.

Ventre légèrement météorisé, deux vomissements alimentaires dans la journée. Pas de selles, pas de gaz par l'anus. Pouls assez fort, langue sèche. Pas de congestion pulmonaire ; absence de phénomènes cardiaques et cérébraux. Apyrexie.

Le 23, même état que la veille. Un léger vomissement alimentaire. Pas de selles ni de gaz par l'anus. Eructations, météorisme abdominal plus marqué. Absence complète d'alimentation, le malade ne prend qu'un peu d'eau et de vin. L'état général se maintient.

Le 24, au matin, l'état du malade s'est aggravé, quoique la hernie n'ait pas augmenté de volume et ne soit ni plus douloureuse, ni plus tendue, le gonflement du ventre a fait des progrès ; respiration courte et gênée, langue plus sèche, forces déprimées. Depuis la veille, un peu de vomissement, composé exclusivement des liquides ingérés, mais aucun vent n'a été rendu par l'anus.

Il y a donc occlusion réelle, quoique la tumeur soit presque indolore, sa sonorité révèle la présence de l'intestin. M. Berger admet un étranglement peu serré, portant sur un intestin peut-être antérieurement irréductible, peut-être sur le gros intestin et émet l'idée que l'on peut avoir affaire à l'S iliaque, entraînée avec son méso dans la hernie et fixée par lui au fond du sac constitué par le péritoine de la région iliaque gauche. En tout cas, l'expectation ne laissant comme issue probable qu'une mort prochaine, malgré les conditions déplorables où l'opération doit se faire, M. Berger se décide à la pratiquer aussitôt.

Incision de 15 centimètres parallèle au grand axe de la tumeur, remontant un peu au-dessus de l'anneau inguinal externe. On arrive sur un sac lamelleux très vasculaire, qui est ouvert avec précaution.

Il ne contient de liquide que dans ses parties déclives, liquide clair et transparent. En avant l'intestin adhère légèrement au sac : c'est l'S iliaque du colon, congestionnée mais assez saine ; sa surface est encore lisse ; mais ses parois sont très épaisses, oedématisées, et les appendices graisseux qu'elle porte, ont un volume énorme : quelques-uns sont aussi gros qu'une noix et ils sont le siège d'un oedème dur.

L'S iliaque qui présente dans la hernie une longueur de 20 à 25 centimètres est rattachée par son méso à toute la paroi postérieure du sac ; en outre, ses franges graisseuses adhérentes en plus d'un point aux parois de la cavité séreuse, et une grosse bride fibreuse doublée d'une quantité énorme de graisse, longe son bord interne et vient se fixer par son extrémité au fond du sac. Cette bride est coupée entre deux ligatures.

Le collet du sac, doublant les anneaux forme un rétrécissement circulaire qui bride fortement les parties herniées ; il admet l'index mais en le serrant fortement. M. Berger le débride dans une étendue de 2 à 3 centimètres et cherche à faire rentrer l'S iliaque ; mais toutes les tentatives pour refouler son contenu dans le ventre restent infructueuses. Il parvient à refouler dans la cavité abdominale un peu de l'intestin hernié, mais il est aussitôt arrêté par l'adhésion intime qui l'unit au sac, par le mésocolon.

Après une lutte de près d'une demi-heure, M. Berger se résoud à ponctionner l'intestin ; l'aspiration n'évacue qu'une partie de son contenu qui se compose de matières stercosales liquides ; la réduction n'est pas plus aisée ensuite. En revanche, la piqûre donne issue à des matières intestinales liquides qui viennent contaminer les parties environnantes.

M. Berger se décide alors à créer un anus contre nature. Une petite incision fut pratiquée sur le bord convexe de l'S iliaque et permit d'évacuer tout son contenu ; le bout supérieur fut fixé par 5 points de suture métallique à la demi-circonférence antérieure de l'orifice herniaire ; quelques points de suture au catgut permirent de même d'unir le bout inférieur à la demi-circonférence postérieure du collet du sac, d'ouvrir alors plus largement l'intestin tout près de l'orifice herniaire. Il se produisit une véritable débâcle de matières liquides, plus d'un litre.

Quelques franges graisseuses trop volumineuses furent réséquées et le reste de l'intestin découvert fut entouré de compresses phéniquées.

Mort le lendemain de l'opération, avec refroidissement et symptômes d'asphyxie.

A l'autopsie, on ne trouve pas de trace de péritonite, seulement un peu de liquide citrin dans la cavité abdominale.

L'S iliaque s'engage dans l'orifice inguinal gauche : elle est fixée au pourtour de cet orifice par quelques adhérences surtout développées en avant et d'origine ancienne.

Une bride fibreuse résistante et tendue comme une corde, s'étend de la terminaison du mésentère à l'anse herniée : tout le mésocolon iliaque est compris dans la hernie.

OBSERVATION IX

Hernie inguinale gauche formée par l'S iliaque devenue subitement irréductible ; péritonite herniaire simulant l'engouement. Réduction le 9^e jour. Mort 2 mois plus tard. (Thèse de Méricot de Treigny, obs. de Malgaigne.)

Homme de 73 ans, portant depuis l'âge de 24 ans, une hernie inguinale gauche. A deux reprises, la hernie devint

irréductible et donna lieu à des accidents, coliques, vomissements, mais la réduction fut rapidement obtenue.

Une troisième fois pendant la digestion, la hernie augmente brusquement et devient irréductible et douloureuse, bientôt apparaissent des vomissements et quelques symptômes généraux.

On diagnostique de la péritonite herniaire et le traitement est dirigé dans ce sens ; au bout de 7 jours, amélioration notable et le troisième jour, un taxis léger fait immédiatement rentrer l'intestin et le cours des matières se reproduit. Mais l'état général très mauvais déjà avant ces accidents, va en s'aggravant et le malade meurt deux mois après.

Autopsie. — L'anneau est large et livre facilement passage à 3 doigts à côté de l'intestin. « La hernie était constituée par l'S iliaque du colon, dont les franges graisseuses avaient contracté entre elles et avec le fond du sac des adhérences nombreuses et fort solides. De ces adhérences, il résultait de nombreuses brides qui, allant du sac à l'intestin, circonvenaient des ouvertures ou d'autres anses intestinales aurait bien pu s'engager et s'étrangler. Le sac n'existait qu'en avant ; l'intestin était véritablement en dehors de lui et l'avait entraîné comme le testicule entraîne la tunique vaginale. L'S iliaque en dehors du sac était en contact avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque qu'elle avait entraîné dans le scrotum. » Ces adhérences étaient cependant assez lâches pour qu'on pût réduire par le taxis, l'intestin et le sac.

OBSERVATION X

Hernie de l'S iliaque par M. Ladroitte, interne des hôpitaux. (Bull. Soc. anat. 1882, p. 169).

Ce fait a été observé à l'amphithéâtre sur un homme ayant succombé à une affection pulmonaire et porteur d'une

hernie inguinale gauche, de la variété inguino-scrotale, sur laquelle l'attention n'avait jamais été attirée d'une façon spéciale du vivant de cet homme.

En incisant les enveloppes de la tumeur, on trouve que son contenu est constitué par l'extrémité inférieure du colon descendant, comprenant toute l'étendue de l'S iliaque. La hernie appartient à la variété oblique externe, et la constitution de ses enveloppes, ainsi que ses rapports sont les mêmes que ceux de toutes les hernies de ce genre, la partie interne du collet est cotoyée par l'artère épigastrique.

Les éléments du cordon ne sont pas épars autour de la tumeur comme cela s'observe dans les hernies très anciennes, ils ne sont que légèrement dissociés et occupent le côté interne du sac. Le canal déférent répond à la partie postérieure et interne du sac.

La hernie est pourvue d'un sac péritonéal complet. Sa surface externe n'est que lâchement unie aux autres enveloppes et en est décollée facilement par des tractions modérées, son fond occupe les bourses, mais n'atteint pas le testicule dont il reste séparé par une distance d'environ 2 c.

La face interne du sac est lisse et unie et ne présente aucune trace d'inflammation. L'intestin est également sain.

Au niveau du collet on ne constate pas ce rétrécissement si fréquent dans les vieilles hernies habituellement mal contenues. Cependant l'anse herniée n'est que partiellement réductible. Il existait en effet à la partie postérieure et supérieure du sac, un peu au-dessous du collet, des adhérences qui limitaient le retrait de l'intestin.

En les examinant avec attention, on remarque qu'elles ne sont point de nature inflammatoire et ne ressemblent nullement à celles qu'on observe entre l'épiploon et la face interne du sac dans les hernies épiploïques, ni même à celles qui se forment au niveau des appendices épiploïques, dans les hernies du gros intestin anciennes ayant été la siège d'inflammation.

En effet, dans le cas qui nous occupe, les adhérences suffisantes pour s'opposer à la réductibilité de l'intestin, tant que le sac conservait ses connexions normales avec les parties voisines, disparaissaient complètement, lorsqu'après avoir séparé le sac des autres enveloppes, on le refoulait dans l'abdomen.

OBSERVATION XI

Hernie inguino-scrotale gauche irréductible, constituée par des anses d'intestin grêle et de l'S iliaque ayant une disposition anormale (Boussi. Soc. Anat. de Paris, 1878, p. 59).

Homme 68 ans, entré le 10 août 1887 dans le service de M. Dumontpallier à la Pitié. Ce malade portait depuis longtemps une hernie scrotale gauche irréductible et énorme, il succomba à une pneumonie hypostatique survenue dans le cours d'un état cachectique.

A l'autopsie le sac herniaire est fendu sur sa face antérieure à sa partie inférieure, près du fond de la hernie, on ouvre dans cette incision un foyer de matières fécales et on reconnaît ensuite que ce prétendu foyer n'est autre chose que l'S iliaque fortement aplatie et adhérente à la paroi du sac.

L'S iliaque avec une portion du côlon descendant est fixée dans toute son étendue à la paroi du sac constitué par le péritoine pariétal ; cette adhérence est si intime que cette large anse intestinale n'est plus comprise dans la cavité du sac mais que sur tout son trajet, elle fait partie intégrante du sac lui-même et en tapisse successivement la face antéro-latérale le fond et la face postérieure, et se continue avec

le rectum en sortant du collet du sac. L'intestin grêle, qui est contenu dans le sac en très grande quantité, est au contraire complètement libre.

D'après l'auteur, le mécanisme de cette fixation du gros intestin est le suivant : une fois l'S iliaque descendue dans le sac herniaire, son méso-colon s'est moulé sur la paroi interne du sac et y a pris des adhérences, puis l'intestin fixé d'abord par son bord mésentérique, s'est fixé ensuite par son bord libre au moyen d'adhérences celluluses ; et, en effet, dans la plus grande étendue, le sac était redoublable en deux lames, l'une extérieure formée par le péritoine, l'autre interne le méso-colon à l'extrémité duquel se trouvait l'S iliaque.



CONCLUSIONS

I. — Dans les hernies de l'S iliaque adhérentes par glissement, c'est l'extrémité inférieure du colon descendant qui adhère aux parois du sac.

II. — Ces adhérences par glissement sont formées par le repli péritonéal unissant à l'état normal l'anse intestinale à la paroi abdominale, repli qui est venu fixer cette même anse à la paroi du sac.

III. — Dans ces hernies, on a en général un sac incomplet situé le plus souvent à leur partie antéro-interne.

IV. — Les symptômes n'ont rien de bien saillant, aussi le diagnostic est-il des plus délicats.

V. — La complication de beaucoup la plus fréquente est l'occlusion à marche subaigüe.

VI. — Dans ces grosses hernies, les accidents sont dus surtout à l'adhérence, car le collet est très dilaté.

VII. — Ne pas attendre les complications pour opérer,

mais faire subir la cure radicale à toutes ces hernies difficiles à maintenir.

VIII. — Dans le cours de l'opération, éviter avec soin la blessure des vaisseaux et de l'intestin, et si la réduction est impossible, recourir à la résection.

Vu :

Le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL. .

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

- Arnaud.** — Traité des hernies 1749.
- Barette.** — Hernies étranglées compliquées d'adhérences ou de gangrène. Entérectomie et entérographie. Thèse de doct. 1883.
- Berger.** — Traité de Chirurgie.
- Besnier.** — Des étranglements internes de l'intestin. Paris 1860.
- Bérard.** — Diagnostic des hernies de l'S iliaque. Soc. Anat. 1827.
- Blaise.** — Cure radicale de la hernie inguinale Th. Paris 1894.
- Boiffin.** — Hernies adhérentes au sac. Th. Paris 1887.
- Bouilly.** — Cure radicale des hernies du gros intestin. Gaz. des hôpitaux 1885.
- Bourguet (d'Aix).** — Mémoire sur l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences et d'irréductibilité. Soc. Chirurg. 1880.
- Broca.** — Hernies adhérentes. Gaz. hebdomad. de médecine. 1888.
- Chauffard.** — Cancer intestinal dans une hernie inguinale. Soc. anat. 1882.
- Cerné.** — Hernies inguinales irréductibles. Cure radicale. Normandie médicale 1889.
- Cruveilhier.** — Traité d'anat. pathol.
- Duplay.** — Pathol. externe.
- Duret.** — Variétés rares de la hernie inguinale. Th. agrég. 1883.
- Duret.** — Variétés anatomiques des hernies inguinales. Th. 1891.
- Gangolphe.** — Etude des hernies du gros intestin. Lyon méd. 1892.
- Gosselin.** — Leçons sur les hernies abdominales 1865.
- Goyrand.** — Clinique sur les hernies.
- Hallé.** — De l'occlusion par adhérence et couture de l'intestin, Revue de Chirurgie 1887.

- Hartmann.** — Causes spéciales d'irréductibilité de hernies. France Médic. 1887.
- Julliard.** — Congrès Chirurgie Paris 1895.
- Ladroitte.** — Hernie de l'S iliaque à sac incomplet Soc. anat. 1882.
- Lucas-Championnière.** — Cure radicale des hernies 1887.
- Mongeot.** — Pseudo étranglements causés par adhérence de l'intestin hernié. Th. 1874.
- Mérigot de Treigny.** — Hernies du gros intestin. Th. 1887.
- Meyville.** — Traitement des hernies irréductibles. Th. 1888.
- Nicaise.** — Des adhérences intestinales dans les phénomènes d'étranglement. Gaz. médicale 1874.
- S. L. Petit.** — Traité des maladies chirurgicales.
- Peyrot.** — Pathologie externe.
- Picqué.** — Encyclopédie internationale de Chirurgie, art. Hernies.
- Périer.** — Diagnostic des hernies de l'S iliaque Soc. Chir. 1885.
- Scarpa.** — Traité pratique des hernies 1812.
- Segond.** — Cure radicale des hernies. Th. agrég. 1883.
- Trélat.** — Cliniques.

